



Soins psychiatriques

Manuel pour la remise des données relatives aux cas et aux prestations dans les services ambulatoires et les cliniques de jour

Données 2022

Modifié le	21 septembre 2021
Version	2.2
Statut	définitif
Contact	Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration Office de la santé Rathausgasse 1 Case postale 3000 Berne 8 +41 31 633 79 65 (tél.) +41 31 633 79 67 (fax) info.ga@be.ch www.be.ch/dssi

Les spécifications ainsi que les délais et formats de livraison contenus dans le présent manuel (version 2.2) se rapportent aux données 2022.

Les changements par rapport à la version précédente (2.1.1) sont mis en évidence en rouge. Ceux par rapport à la version 2.0 sont indiqués en bleu.

Les données sont saisies via la plateforme pour le relevé des données hospitalières (SDEP, *Spitaldatenerhebungsplattform* en allemand). Pour plus d'informations : www.be.ch/sdep-de

Sommaire

1	Introduction	4
1.1	Contexte	4
1.2	Contenu	4
1.3	Bases légales	4
2	Données à fournir	4
2.1	Nature	4
2.2	Obligation de livrer les données dans le cadre du cofinancement cantonal	5
2.3	Délais et formats	6
3	Consignes générales sur le contenu des données à livrer	6
3.1	Définition des cas	6
3.2	Clôture des cas	7
3.3	Période	7
4	Spécifications relatives aux différents jeux de données	7
4.1	Considérations générales sur les variables	7
4.1.1	Marche à suivre avec les variables facultatives	7
4.1.2	Numéros de cas	7
4.2	Spécifications pour les données de base (MB)	8
4.3	Spécifications pour les données de diagnostic et de traitement (MD)	10
4.4	Spécifications pour les données psychiatriques (MP)	10
4.5	Comptabilité par unité finale d'imputation (SDEP-CUFI)	12
4.6	Spécifications pour les données sur le volume des prestations (SDEP-BE-LM)	12
4.7	Spécifications pour les données cantonales (SDEP-BE-MK)	14
5	Saisie des prestations (SDEP-BE-LM) : remarques importantes pour le décompte	16
5.1	Remarques générales	16
5.1.1	Regroupement de prestations	17
5.1.2	Prestations hors des locaux de la clinique	17
5.2	Durée de la prestation	17
5.2.1	Périodes	17
5.2.2	Rendez-vous manqués	17
5.2.3	Prestations fournies à un groupe	17
5.3	Groupe professionnel	18
5.3.1	Prestation fournie par plusieurs personnes	18
5.3.2	Personnes en formation	18
5.3.3	Concordance entre groupe professionnel et prestation saisie	18
5.3.4	Contribution à l'amélioration de la saisie des données	18
5.4	Prestations	18
5.4.1	Type de structure	18
5.4.2	Type de prestation 8 « traitement aigu à domicile (home treatment) »	19
5.4.3	Types de prestation 13 et 14 : amélioration de la saisie des données	19
5.5	Prestations liées à un cas spécifique	19
5.6	Prestations de soins régies par la LAMal	19
5.7	Déplacements	19
5.8	Rapport en clinique de jour	19
6	Justification et documentation des saisies : remarques importantes pour le décompte	19
6.1	Documents justifiant l'exactitude des saisies	19
6.2	Documentation du respect des critères de financement	20

6.3	Forme	20
7	Procédure d'évaluation des critères de financement et du montant de la facturation	20
7.1	Contrôle de plausibilité à l'entrée des données	21
7.1.1	Erreurs à corriger impérativement	21
7.1.2	Erreurs à vérifier, à justifier et le cas échéant à corriger	21
7.2	Liste des prestations à vérifier en vue de la révision	21
7.2.1	Liste des prestations présentant une anomalie	21
7.2.2	Liste des prestations de l'échantillon	22
7.3	Procédure simplifiée	22
7.3.1	Contrôle de chiffres-clés	22
7.3.2	Liste des prestations présentant une anomalie	23
8	Correction ultérieure du décompte : facturation l'année suivante	23
9	Sources	23
Annexe 1	24

1 Introduction

1.1 Contexte

Le canton de Berne participe au financement des prestations ambulatoires et de clinique de jour des institutions psychiatriques. Sont cofinancées les prestations dispensées de manière économique, voulues par la politique de santé et non couvertes, ou insuffisamment, par d'autres bailleurs de fonds.

1.2 Contenu

Le financement cantonal a pour condition préalable une documentation complète et disponible dans les délais impartis des prestations fournies par les services ambulatoires et les cliniques de jour de ces institutions. Le présent manuel vient avant tout compléter les exigences techniques de remise des données (voir *Documentation sur le relevé des données* et *Interface SDEP* sur www.be.ch/sdep-fr) en apportant des précisions en termes de contenu (points 2 à 4).

Pour que les prestations des services ambulatoires et des cliniques de jours soient (co)financées par le canton de Berne, elles doivent être saisies correctement, mais aussi justifiées / documentées. Par ailleurs, il importe que les critères de financement soient satisfaits. Ceux-ci sont vérifiés dans le cadre du décompte annuel des prestations. Les consignes et informations y relatives sont présentées aux points 5 à 8.

1.3 Bases légales

Le financement des prestations de soins fournies par les services ambulatoires et les cliniques de jour fait l'objet des articles 59 à 62 de la loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (LSH; RSB 812.11) ainsi que des articles 20a à 20h de l'ordonnance y afférente (ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers, OSH ; RSB 812.112). L'obligation de remise des données est définie à l'article 127 LSH, à l'article 48 OSH ainsi qu'à l'annexe 5 OSH. Quant aux dispositions relatives aux sanctions pour non remise des données, elles figurent à l'article 128 LSH.

Le présent document règle les détails relatifs aux bases légales en matière de saisie et d'obligation de remise des données. Il précise en outre un certain nombre de points concernant les modalités de décompte et de révision. A noter enfin qu'il fait partie intégrante des contrats de prestations conclus entre la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI) et les fournisseurs de prestations.

2 Données à fournir

2.1 Nature

Le relevé complet des prestations ambulatoires et de clinique de jour comprend les données hospitalières suivantes :

MB	données de base
MD	données de diagnostic et de traitement
MP	données psychiatriques
SDEP-CUFI	données sur les coûts et les revenus par cas
SDEP-BE-MK	données supplémentaires cantonales sur les caractéristiques des cas
SDEP-BE-LM	données sur le volume des prestations

Le contenu et la structure des trois premiers éléments (MB, MD, MP) relèvent du jeu de données « statistique médicale (SM) ». Celui-ci est livré pour tous les cas ambulatoires et de clinique de jour en psychiatrie, conformément aux exigences de la DSSI, dans la mesure toutefois où il est nécessaire au financement cantonal (voir chapitre 2.2).

Pour tous les cas ambulatoires et de clinique de jour en psychiatrie, les données sur les coûts et les revenus par cas sont livrées dans le jeu de données SDEP-CUFI. Les hôpitaux tiennent une comptabilité analytique conforme au modèle REKOLE et peuvent par conséquent fournir des données sur les unités finales d'imputation au niveau des cas.

Le jeu de données SDEP-BE-MK complète les données de la statistique médicale et intègre des variables d'admission supplémentaires relatives au degré de gravité des cas. Quant au jeu de données SDEP-BE-LM, il concerne le volume de prestations fournies pour chaque position donnée (voir annexe 1, page 24) et sert de base à la rémunération des prestations selon le modèle des coûts normatifs.

2.2 Obligation de livrer les données dans le cadre du cofinancement cantonal

L'obligation de livrer les données découle des dispositions du contrat de prestations sur le (co)financement par le canton des prestations ambulatoires et de clinique de jour et du lien que ces prestations présentent ou non avec un cas spécifique. On distingue donc les catégories d'obligation suivantes (voir également tableau 1) :

1. Prestations non financées par le canton

Pour les cas ne comportant pas de prestations financées par le canton, seules les données sur les coûts et les revenus par cas (SDEP-CUFI), les données de base (MB) ainsi que les données de diagnostic et de traitement (MD) sont à livrer conformément aux consignes du présent document. Les données ci-dessus doivent être remises pour les cas A, B et C (livraison annuelle).

2. Prestations financées par le canton

Pour les cas comportant des prestations financées par le canton, toutes les données doivent être livrées (MB, MD, MP, SDEP-CUFI, SDEP-BE-LM et SDEP-BE-MK). Toutes les données doivent obligatoirement être remises pour les cas A, B et C (livraison annuelle).

3. Prestations sans lien avec un cas spécifique

Ces prestations sont à saisir dans les données SDEP-BE-LM et à livrer annuellement.

L'identification des cas comportant des prestations financées par le canton incombe aux institutions. Celles-ci peuvent soit saisir l'ensemble des cas d'un service, soit renoncer entièrement à un relevé (et partant au financement) ou encore dresser une liste permettant de repérer les cas pour lesquels un financement paraît vraisemblable et une documentation des prestations est nécessaire.

Type de cas et de prestation		MB	MD*	MP*	SDEP-CUFI	SDEP-BE-MK	SDEP-BE-LM
Service ambulatoire	Sans financement du canton	✓	✓		✓		
	Avec financement du canton	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Clinique de jour	Sans financement du canton **	✓	✓		✓		
	Avec financement du canton	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Prestations sans lien avec un cas spécifique financées par le canton							✓
<u>Légende</u>							
* Obligatoire pour une partie des données seulement (voir points 4.3 et 4.4)							
** Possible en théorie							

Tableau 1 : obligation de livrer les données en fonction du financement et du lien avec un cas

Les données SDEP-BE-LM ne portent en principe que sur les prestations financées par le canton. Libre aux institutions, toutefois, d'y inclure les prestations ne remplissant pas les critères pour ce financement. Elles veilleront toutefois à enregistrer ces dernières sous d'autres positions (prestations T ou Z ; voir explications au point 5.1). Il n'est pas autorisé d'inclure des prestations fournies en mode hospitalier dans les données SDEP-BE-LM.

2.3 Délais et formats

Le tableau 2 ci-après donne une vue d'ensemble des jeux de données, des formats et des délais de livraison. Ces derniers sont par ailleurs **définis dans une ordonnance de direction sur les soins hospitaliers**.

Jeu de données	Format	Portail	Délai
MB, MD, MP (statistique médicale)	.dat (conformément aux consignes SDEP)	SDEP	Livraison semestrielle jusqu'au 30 septembre 2022 au plus tard et livraison annuelle jusqu'au 31 mars 2023 au plus tard
SDEP-BE-MK	.txt (conformément aux consignes SDEP)	SDEP	Livraison annuelle jusqu'au 31 mars 2023 au plus tard
SDEP-BE-LM	.txt (conformément aux consignes SDEP)	SDEP	Livraison annuelle jusqu'au 31 mars 2023 au plus tard
SDEP-CUFI	.txt (conformément aux consignes SDEP)	SDEP	Livraison annuelle jusqu'au 31 mars 2023 au plus tard

Tableau 2 : jeux de données, formats et délais

Les données de la statistique médicale ainsi que celles sur les coûts et les revenus par cas (SDEP-CUFI) sont livrées en même temps que toutes les informations sur l'institution (un jeu de données pour les cas ambulatoires, en clinique de jour et hospitaliers).

La livraison semestrielle de la statistique médicale comprend les dossiers clos (cas A), tandis que la livraison annuelle englobe tous les cas, à savoir aussi ceux en cours (cas A, B et C).

Pour des raisons techniques, l'Office de la santé (ODS) a besoin des jeux de données complets, c'est-à-dire incluant aussi les champs non obligatoires (laissés en blanc ou pourvus de la valeur « inconnu »).

Toutes les données relatives aux prestations et aux cas (volume, fréquence, délais) récoltées dans le cadre de l'essai pilote portant sur les traitements psychiatriques aigus à domicile doivent être livrées conformément aux spécifications du document *Modellversuch Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause PAH : Ergänzung zum Handbuch Datenlieferung V.1.2*.

3 Consignes générales sur le contenu des données à livrer

3.1 Définition des cas

Il convient de saisir chaque cas ambulatoire ou de clinique de jour pour lequel des prestations psychiatriques¹ prises en charge par l'assurance-maladie ou une autre assurance sociale sont facturées directement à la personne concernée. Il ne faut pas livrer de données pour les prestations liées à un cas (expertises, consultations spécialisées, services de liaison, etc.) qui sont facturées à une autre institution ou à un autre secteur du propre établissement (soins somatiques, p. ex.).

Est réputé traitement en clinique psychiatrique de jour la venue répétée d'une patiente ou d'un patient dans une telle clinique à des fins d'examen, de traitement et de soins, pour autant qu'il existe une convention tarifaire en la matière. Les traitements des cliniques de jour, pluridisciplinaires, complexes et placés sous direction médicale se distinguent des traitements ambulatoires par une durée plus longue (4 heures au minimum). Le traitement, réparti généralement sur plusieurs jours, est géré du début à la fin comme un seul cas. La même règle s'applique aux cliniques de nuit, à condition qu'il n'y ait pas hospitalisation.

Est réputé ambulatoire tout traitement qui n'est dispensé ni en mode hospitalier ni en clinique de jour. Le traitement, réparti généralement sur plusieurs jours, est géré du début à la fin comme un seul cas. Un nouveau cas doit impérativement être ouvert lors d'une modification du traitement prescrit.

¹ A savoir toutes les prestations imputées au centre de prise en charge des coûts M500, à l'exclusion des cas socio-thérapeutiques (occupation en atelier, coaching à domicile sans prise en charge médicale ni infirmière, etc.) et somatiques (arrêt maladie pour cause de grippe, traitement de plaie, test d'urine, physiothérapie ou autre prestation semblable).

3.2 Clôture des cas

Lorsqu'aucun contact avec la patiente ou le patient n'a été enregistré pendant six mois et qu'aucune prestation ne lui a été fournie durant ce laps de temps, le cas est clôturé rétroactivement à la date du dernier contact intervenu pendant l'année en cours. Si ledit contact date de l'année précédente, on bouclera le dossier avec effet rétroactif au 1^{er} janvier de la nouvelle année (une clôture à une date antérieure n'est pas possible).

Les cas ambulatoires de longue durée peuvent être gardés ouverts plus longtemps, voire au-delà d'une année civile, à condition qu'un contact avec la patiente ou le patient ait lieu au moins une fois par semestre.

3.3 Période

Les coûts et les revenus de la période concernée imputables à l'ensemble des cas ambulatoires et de clinique de jour en psychiatrie (cas A, B et C) doivent être saisis dans SDEP-CUFI (calcul périodique)². Les prestations de la période concernée en lien ou non avec un cas spécifique doivent quant à elles être relevées dans SDEP-BE-LM.

4 Spécifications relatives aux différents jeux de données

4.1 Considérations générales sur les variables

Les pages qui suivent exposent le détail des données à livrer et apportent des précisions quant aux variables utilisées.

Les valeurs possibles de ces variables sont détaillées dans la présentation des données SDEP-BE-MK et SDEP-BE-LM (points 4.6 et 4.7), lesquelles doivent permettre la rémunération des prestations selon le modèle des coûts normatifs en psychiatrie.

4.1.1 Marche à suivre avec les variables facultatives

La saisie de certaines variables de la statistique médicale est facultative. Pour des raisons techniques cependant, tous les champs du jeu de données doivent être remplis, y compris ceux portant sur ces variables.

Pour ces variables non obligatoires (voir champs gris dans colonne « Saisie obligatoire » des tableaux, points 4.2 à 4.4), il faut insérer chaque fois que possible la valeur 9 ou 90 (« inconnu ») et sinon laisser le champ en blanc (nationalité ou diagnostics supplémentaires, p. ex.) ou inscrire un 0 (heures de congé, p. ex.).

4.1.2 Numéros de cas

Le numéro du cas utilisé pour les données MD (4.6.V01) doit impérativement être repris dans les données SDEP-CUFI, SDEP-BE-MK et SDEP-BE-LM. Il peut être choisi librement. On utilisera par exemple le numéro de cas interne ou une variante de celui-ci. Le numéro du cas ne correspond pas au code de liaison anonyme au sens où l'entend l'OFS. Sont valables les consignes figurant dans la documentation sur le relevé des données hospitalières (SDEP).

Si le système d'exploitation de l'institution permet uniquement la saisie des prestations en lien avec des cas spécifiques, il est possible de générer un cas factice pour enregistrer celles qui ne sont pas liées à un cas précis. Il est également possible de créer plusieurs cas factices (un par site, p. ex.). Pour ces cas, on livrera uniquement les données SDEP-BE-LM, à l'exclusion de celles de la statistique médicale. Les numéros des cas factices doivent être supprimés avant la livraison des données SDEP-BE-LM.

² A noter ici une différence avec les cas hospitaliers A, pour lesquels les coûts et les revenus sont saisis pour tout le cas administratif (calcul unitaire ; coûts et revenus pour l'ensemble de la durée du cas).

4.2 Spécifications pour les données de base (MB)

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire
0.1.V01	Type d'enregistrement	OFS	✓
0.1.V02	Numéro de l'établissement (numéro REE)	OFS	✓
0.1.V03	Site	OFS	✓
0.1.V04	Canton	OFS	✓
0.2.V01	Code de liaison anonyme	OFS	✓
0.2.V02	Définition du cas	OFS	✓
0.3.V01	Questionnaire nouveau-nés	OFS	(=0)
0.3.V02	Questionnaire psychiatrique	OFS	✓
0.3.V03	Questionnaire par groupes de patients	OFS	✓
0.3.V04	Questionnaire cantonal	OFS	✓
1.1.V01	Sexe	OFS	✓
1.1.V02	Date de naissance	OFS	✓
1.1.V03	Age à l'admission	OFS	✓
1.1.V04	Région de domicile	OFS*	✓
1.1.V05	Nationalité	OFS	-
1.2.V01	Date et heure d'admission	OFS	✓
1.2.V02	Séjour avant l'admission	OFS	✓
1.2.V03	Mode d'admission	OFS	✓
1.2.V04	Décision d'envoi	OFS	✓
1.3.V01	Type de prise en charge	OFS*	✓
1.3.V02	Classe	OFS	-
1.3.V03	Séjour en soins intensifs	OFS	-
1.3.V04	Vacances, congés administratifs	OFS	-
1.4.V01	Centre de prise en charge des coûts	OFS	✓
1.4.V02	Prise en charge des soins de base	OFS*	✓

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire
1.5.V01	Date et heure de sortie	OFS	✓
1.5.V02	Décision de sortie	OFS	✓
1.5.V03	Séjour après la sortie	OFS	✓
1.5.V04	Prise en charge après la sortie	OFS	✓
1.6.V01	Diagnostic principal	OFS	✓
1.6.V02	Complément au diagnostic principal	OFS	✓
1.6.V03	1 ^{er} diagnostic supplémentaire	OFS	✓
1.6.V04	2 ^e diagnostic supplémentaire	OFS	✓
(1.6.V05 – 1.7.V11)	Remise des données MB complètes, les autres champs pouvant toutefois être laissés en blanc.	OFS	-

* dérogation par rapport aux spécifications de l'OFS ; [sont valables les consignes contenues dans le présent manuel et la documentation sur le relevé des données hospitalières \(SDEP\).](#)

Ne doivent pas obligatoirement être remises les variables des rubriques 1.5 et 1.6 pour les cas B et les variables de la rubrique 1.5 pour les cas C.

Variable 0.1.V03 : site

Cette variable correspond au numéro du site défini dans la liste des sites servant au relevé de la statistique des hôpitaux. Les traitements effectués au domicile de la patiente ou du patient doivent eux aussi être attribués à un site.

Variable 1.3.V01 : type de prise en charge

1. Ambulatoire = 1
2. Clinique de jour = 2
3. Hospitalisation = 3
4. Inconnu = 9

Contrairement aux spécifications de l'OFS, le canton de Berne continue à utiliser la valeur 2 « Clinique de jour ».

Il la maintient pour pouvoir établir une planification conforme aux besoins dans le secteur ambulatoire et commander sur cette base les prestations nécessaires, quand bien même l'OFS a invalidé le type de prise en charge « semi-hospitalier » suite à la révision de la LAMal en 2012. Cette mesure correspond certes à la législation fédérale, mais est en contradiction avec la réalité des soins.

[Contrairement aux spécifications de l'OFS, le canton de Berne n'accepte pas la valeur 9 « Inconnu »³.](#)

³ Exigences cantonales, voir [Interface pour SDEP](#).

4.3 Spécifications pour les données de diagnostic et de traitement (MD)

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire
4.1.V01	Type d'enregistrement	OFS	✓
4.2.V010	MD Diagnostic principal	OFS	✓
4.2.V020	MD Complément au diagnostic principal	OFS	✓
4.2.V030	MD 1 ^{er} diagnostic supplémentaire	OFS	✓
4.2.V040	MD 2 ^e diagnostic supplémentaire	OFS	✓
4.6.V01	Numéro du cas de la statistique des coûts par cas	OFS*	✓
4.8.V01	Tarif pour la tarification	OFS*	-
(autres variables)	Remise des données MD complètes, les autres champs pouvant toutefois être laissés en blanc	OFS	-

* dérogation par rapport aux spécifications de l'OFS; sont valables les consignes contenues dans le présent manuel et la documentation sur le relevé des données hospitalières (SDEP).

Les variables de la rubrique 4.2 (diagnostics MD) ne sont pas obligatoires pour les cas B.

Variable 4.6.V01 – numéro du cas

Le numéro du cas ne doit être attribué qu'une fois (pour éviter les confusions). Il n'est pas permis de réutiliser le même les années suivantes pour un autre cas.

Variable 4.8.V01– Tarif pour la tarification

Cette nouvelle variable se rapporte uniquement aux cas hospitaliers. Jusqu'à nouvel ordre, il n'est donc pas obligatoire de remplir ce champ.

4.4 Spécifications pour les données psychiatriques (MP)

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire
3.1.V01	Type d'enregistrement	OFS	✓
3.2.V01	Etat civil	OFS	✓
3.2.V02	Séjour avant l'admission (psychiatrie)	OFS	✓
3.2.V03	Occupation avant l'admission : travail à temps partiel	OFS	✓
3.2.V04	Occupation avant l'admission : travail à plein temps	OFS	✓

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire
3.2.V05	Occupation avant l'admission : non occupé(e) ou au chômage	OFS	✓
3.2.V06	Occupation avant l'admission : travail ménager à son domicile	OFS	✓
3.2.V07	Occupation avant l'admission : en formation (école, apprentissage, études)	OFS	✓
3.2.V08	Occupation avant l'admission : programme de réadaptation	OFS	✓
3.2.V09	Occupation avant l'admission : AI, AVS ou autre rente	OFS	✓
3.2.V10	Occupation avant l'admission : travail dans un cadre protégé	OFS	✓
3.2.V11	Occupation avant l'admission : inconnu	OFS	✓
3.2.V12	Formation scolaire ou professionnelle la plus élevée	OFS	✓
3.3.V01	Décision d'envoi (psychiatrie)	OFS	✓
3.3.V03	Placement à des fins d'assistance (PAFA)	OFS	-
3.4.V01	Nombre de jours / de consultations	OFS	↙ -
3.4.V02	Traitement (ce qui a été fait)	OFS	-
3.4.V03 – 3.4.V14 Psychopharmacothérapie		OFS	-
3.5.V01	Décision de sortie (psychiatrie)	OFS	✓
3.5.V02	Séjour après la sortie (psychiatrie)	OFS	✓
3.5.V03	Prise en charge après la sortie (psychiatrie)	OFS	✓
3.5.V04	Domaine d'activité	OFS	✓

* dérogation par rapport aux spécifications de l'OFS ; sont valables les consignes contenues dans le présent manuel et la documentation sur le relevé des données hospitalières (SDEP).

Les données MP doivent être saisies pour les cas A, B et C (l'OFS n'exige que les cas A et C). Les variables de la rubrique 3.5 ne sont pas obligatoires pour les cas B et C.

Variable 3.4.V01 – nombre de jours / de consultations

Cette variable ne doit plus être obligatoirement relevée.

~~Contrairement aux spécifications de l'OFS, la saisie de cette variable reste obligatoire.~~

Clinique de jour

La variable 3.4.V01 recouvre le nombre de jours de soins cumulés effectivement dispensés en clinique de jour (demi-journées et journées entières pendant lesquelles la patiente ou le patient a été vu e et traité e), à l'exclusion des rendez-vous manqués. Cette définition correspond à celle de la statistique des hôpitaux de l'OFS.

Service ambulatoire

La variable 3.4.V01 recouvre le nombre de consultations ambulatoires cumulées, au sens de jours lors desquels la patiente ou le patient a été vu e et traité e. Une consultation ambulatoire est considérée comme telle lorsqu'une prestation est fournie en sa présence et facturée selon le tarif en vigueur⁴. Une seule consultation ambulatoire par patiente ou patient peut être facturée par journée civile. Il s'agit donc d'indiquer le nombre de jours où une consultation a eu lieu. Cette définition correspond à celle de la statistique des hôpitaux de l'OFS.

4.5 Comptabilité par unité finale d'imputation (SDEP-CUFI)

Les consignes de la documentation sur le relevé des données hospitalières doivent être respectées. En ce qui concerne la période applicable pour les cas ambulatoires et de clinique de jour, voir point 3.3.

4.6 Spécifications pour les données sur le volume des prestations (SDEP-BE-LM)

Le relevé des données SDEP-BE-MK doit être effectué conformément aux consignes de la documentation sur le relevé des données :

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire	Longueur max.	Type
C1	Type d'enregistrement BK = enregistrement d'en-tête LM = données sur le volume des prestations dans le secteur de la psychiatrie ambulatoire	BE	✓	2	AN ⁵
C2-C4	Enregistrement d'en-tête (1 ligne)	BE	✓		
LM_V01	N° REE	BE	✓	8	N ⁶
LM_V02	N° du site (selon statistique administrative des hôpitaux)	BE	✓	5	AN
LM_V03	N° du cas (identique à 4.6.V01)	BE	✓	16	AN
LM_V04	LM_ID (numérotation univoque et incrémentale des prestations, un numéro par prestation)	BE	✓	10	N
LM_V05	Type de prestation 1 = psychiatrie aiguë en clinique de jour (CJ) / interventions de crise en CJ	BE	✓	2	N

⁴ S'applique aussi aux visites à domicile, aux interventions d'équipes mobiles en cas de crise et aux traitements aigus à domicile (« home treatment »).

⁵ AN = alphanumérique

⁶ N = numérique

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire	Longueur max.	Type
	2 = psychiatrie générale en CJ 3 = psychothérapie en CJ 4 = psychiatrie de la personne âgée en CJ 5 = psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en CJ 6 = soins spécialisés en CJ (addiction, schizophrénie, etc.) 7 = service ambulatoire 8 = traitement aigu à domicile 9 = équipe mobile d'intervention de crise et autres services de proximité 10 = logement avec accompagnement / coaching à domicile 11 = offre de loisir et de séjour d'accès facilité 12 = autre [valeur supprimée] 13 = autres prestations ambulatoires 14 = autres prestations des cliniques de jour				
LM_V06	Date	BE	✓	8	N
LM_V07	Position de la prestation	BE	✓	4	AN
LM_V08	Minutes / Unités	BE	✓	3	N
LM_V09	Groupe professionnel 1 = médecin spécialiste, chef-fe de clinique 2 = médecin-assistant-e 3 = psychologue spécialisé-e 4 = psychologue assistant-e 5 = physiothérapeute ou ergothérapeute 6 = diététicien-n-e 7 = infirmière diplômée ou infirmier diplômé 8 = assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC) 9 = musicothérapeute, art-thérapeute ou thérapeute du mouvement corporel 10 = assistant-e social-e 11 = éducatrice sociale ou éducateur social (ES) 12 = pédagogue (ES, université) 13 = pair aidant-e 14 = aumônière ou aumônier 15 = personnel administratif 16 = autre 17 = logothérapeute	BE	✓	2	N

Variable LM_V02 : site

Cette variable correspond au numéro du site défini dans la liste des sites servant au relevé de la statistique des hôpitaux. Les traitements effectués au domicile de la patiente ou du patient doivent eux aussi être attribués à un site hospitalier. **Le site doit être également être correctement attribué pour les prestations non liées à un cas spécifique.**

Variable LM_V03 : numéro du cas (identique à 4.6.V01)

Cette variable permet d'indiquer un code pour toutes les prestations en lien avec un cas spécifique. Ce numéro est identique à la variable 4.6.V01 des données de la statistique médicale MD (voir point 4.3). Ce code d'identification ne doit être attribué qu'une fois. Il n'est pas permis de réutiliser le numéro pour un autre cas les années suivantes. Pour les prestations sans lien avec un cas spécifique, le champ doit être laissé en blanc. Si les prestations sans lien avec un cas spécifique sont saisies pour un cas factice, le numéro de ce cas factice doit être supprimé de la livraison.

Variable LM_V04 : LM_ID (numérotation univoque **et incrémentale des prestations)**

Les prestations fournies sont numérotées de manière univoque mais pas forcément incrémentale. La numérotation des prestations peut aussi être complétée manuellement après l'exportation des données.

Il n'en reste pas moins que l'incrémentation automatique des différentes prestations permet aux fournisseurs de mieux identifier celles-ci avant le processus de révision.

Variable LM_V05 : type de prestation

Cette variable indique dans quelle catégorie de traitement psychiatrique s'inscrit la prestation fournie. Elle permet une planification des soins et un **achat** des prestations axés sur l'offre. Chaque prestation ne peut être attribuée qu'à une seule catégorie.

La valeur « 12 = autre » est supprimée. Pour les prestations ne pouvant pas être classées dans une autre catégorie, il convient dorénavant de faire la distinction entre ambulatoire (« 13 = autres prestations ambulatoires ») et clinique de jour (« 14 = autres prestations des cliniques de jour »).

Variable LM_V06 : date

Insérer la date sous la forme suivante : AAAAMMJJ (1^{er} juin 2016 = 20160601).

Variable LM_V07 : position de la prestation

Il faut indiquer ici la position des prestations selon l'annexe 1. La position doit contenir trois caractères (E01 et non E1).

Variable LM_V08 : minutes

La durée des prestations fournies est indiquée en minutes, arrondie à la minute inférieure ou supérieure. Il faut prendre pour base des minutes normales (60 par heure) et non industrielles (100 par heure).

Variable LM_V09 : groupe professionnel

Seul le groupe professionnel auquel appartient la personne qui remplit les données peut être indiqué dans le champ « Groupe professionnel ». Les infirmières et infirmiers ne peuvent par exemple pas saisir de prestations socio-pédagogiques (voir point 5.3.3).

La valeur « 17 = logothérapeute » doit dorénavant faire l'objet d'une saisie séparée. Il n'est plus permis de saisir les prestations de ce groupe professionnel avec la valeur « 16 = autre ».

4.7 Spécifications pour les données cantonales (SDEP-BE-MK)

Le relevé des données SDEP-BE-MK doit être effectué conformément aux consignes de la documentation sur le relevé des données :

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire	Longueur max.	Type
C1	Type d'enregistrement BK = enregistrement d'en-tête	BE	✓	2	AN

N°	Variable	Spécification	Saisie obligatoire	Longueur max.	Type
	LM = données cantonales dans le secteur de la psychiatrie ambulatoire				
C2-C4	Enregistrement d'en-tête (1 ligne)	BE	✓		
MK_V01	N° REE	BE	✓	8	N
MK_V02	N° du site (selon statistique administrative des hôpitaux)	BE	✓	5	AN
MK_V03	Numéro du cas (identique à 4.6.V01)	BE	✓	16	AN
MK_V04	Forme de logement 1 = seul-e 2 = avec d'autres personnes 3 = logement protégé ou avec accompagnement 4 = logement dans un foyer 5 = sans domicile fixe 6 = autre 9 = inconnu	BE	✓	1	N
MK_V05	Nombre de traitements hospitaliers et de traitements en clinique de jour au cours des deux dernières années 0-7 = nombre de traitements 8 = plus de 7 9 = inconnu	BE	✓	1	N
MK_V06	Premier contact avec une institution psychiatrique ≥ 2 ans 0 = non 1 = oui 9 = inconnu	BE	✓	1	N
MK_V07	Ampleur de l'assistance 0-7 = nombre de partenaires professionnels 8 = plus de 7 9 = inconnu	BE	✓	1	N
MK_V08	Situation scolaire (psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent seulement) 1 = école ordinaire 2 = école ordinaire avec soutien particulier 3 = école spécialisée 7 = pas en âge de scolarité / majeur 9 = inconnu	BE	✓	1	N
MK_V09	Score EGF lors de l'admission	BE	✓	3	N

Les variables du jeu de données SDEP-BE-MK sont saisies lors de l'admission.

Variable MK_V04 : forme de logement

La forme de logement est à saisir en sus de la variable « séjour avant l'admission » (1.2.V02 et 3.2.V02). Par forme de logement, on entend le lieu de vie habituel de la personne concernée, sans tenir compte d'un éventuel changement de résidence récent dû à la maladie.

Le fait que la personne ait été hospitalisée ou traitée en clinique de jour juste avant le traitement ambulatoire ne joue donc aucun rôle.

Variable MK_V05 : nombre de traitements hospitaliers et de traitements en clinique de jour au cours des deux dernières années

Ce nombre sert d'indicateur du besoin de traitement et d'assistance des patientes et des patients ambulatoires, donc du degré de gravité des cas (cf. Babalola et al., 2014 ; Vigod et al., 2013).

Il s'agit de compter tous les épisodes de traitement en hôpital et en clinique de jour survenus au cours des 24 derniers mois, y compris ceux relevant d'autres institutions. A noter que si la personne était hospitalisée au début de la période considérée, cet épisode-là compte également, quand bien même l'admission effective remonte à une date antérieure. La date indiquée par la patiente ou le patient fait foi.

Variable MK_V06 : premier contact avec une institution psychiatrique ≥ 2 ans

Le moment de ce premier contact sert également d'indicateur du degré de gravité des cas (cf. DGPPN, 2013 ; Ruggeri et al., 2000).

Variable MK_V07 : ampleur de l'assistance

Cette variable rend compte du nombre de partenaires professionnels extérieurs à l'institution psychiatrique qui s'occupent régulièrement de la personne traitée (service social de la commune, aide et soins à domicile, services externes, autorités, etc.).

Variable MK_V08 : situation scolaire

Cette variable concerne les enfants et les adolescents en âge de scolarité. Pour les adultes, c'est la valeur 7 qui est utilisée.

Variable MK_V09 : score EGF lors de l'admission

L'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (score EGF) selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV⁷) sert elle aussi d'indicateur du degré de gravité des cas (cf. DGPPN, 2013 ; Ruggeri et al., 2000 ; Valdes-Stauber et al., 2015).

5 Saisie des prestations (SDEP-BE-LM) : remarques importantes pour le décompte

5.1 Remarques générales

Il convient de faire la distinction entre les prestations suivantes :

- E: Service ambulatoire : rémunération par prestation
- P: Clinique de jour : rémunération forfaitaire
- N: Prestations sans lien avec un cas spécifique
- V: Prestations de base fixes
- T: Prestations non financées par le canton de Berne
- Z: Prestations incluses

Les prestations sont répertoriées dans l'annexe 1 (page 24).

Celles dont la position commence par la lettre E, P, N ou V composent la liste des prestations financées par le canton.

⁷ Score EGF : cf. Weinheim, R. (1989). Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III

Les prestations incluses (Z) étant comprises dans les coûts normatifs des prestations dont la position commence par la lettre E, P, N et V, elles ne peuvent être inscrites que sous la position Z. Leur livraison, facultative, pourra servir le cas échéant à recalculer lesdites prestations incluses.

Les prestations qui ne satisfont pas aux critères du canton ou qui sont prises en charge par une autre source doivent être enregistrées avec une position commençant par la lettre T.

Les prestations dont la position commence par la lettre E, P, N ou V ne peuvent être remises que si elles remplissent les critères du financement par le canton.

5.1.1 Regroupement de prestations

Chaque prestation unitaire est à enregistrer avec sa position. Pour ce qui est des prestations E, P, N02, N04, N06 et N07 ainsi que les rendez-vous manqués (prestations V02 à V05), il n'est permis de regrouper ni plusieurs prestations, ni plusieurs jours. En ce qui concerne les prestations N01, qui surviennent fréquemment à de courts intervalles, elles peuvent être saisies de manière groupée pour le jour auquel elles ont été fournies, mais les regroupements de plusieurs jours ne sont pas autorisés.

5.1.2 Prestations hors des locaux de la clinique

Les prestations P ne peuvent être fournies que dans les cliniques de jour (locaux de la clinique).

Exceptions : prestations telles que visite médicale accompagnée, démarche administrative ou excursion en groupe (durée limitée à 8 heures au maximum).

5.2 Durée de la prestation

5.2.1 Périodes

Par analogie à TARMED, les prestations peuvent être enregistrées par périodes de 5 minutes. Une activité ayant duré 12 minutes correspond par exemple à 3 périodes de 5 minutes, soit à 15 minutes en tout. C'est ce total de 15 qu'il convient de saisir. Il faut prendre pour base des minutes normales (60 par heure) et non industrielles (100 par heure). Pour les prestations unitaires, la livraison des données peut s'effectuer par période de 5, 10, 15, 20 minutes, etc. Les prestations faisant l'objet d'une rémunération forfaitaire (comme la prestation P15 « Rapport ») sont aussi saisies en minutes.

5.2.2 Rendez-vous manqués

Les rendez-vous manqués sont relevés en minutes. A noter que dans le secteur ambulatoire (V02 à V04), la valeur maximale à indiquer est de 15 minutes⁸. Pour ce qui est des cliniques de jour, les valeurs pour rendez-vous manqué (V05) sont de 240 minutes (demi-journée de soins) ou de 480 minutes (journée entière de soins)⁹.

5.2.3 Prestations fournies à un groupe

A l'instar des prestations unitaires, les prestations fournies à un groupe sont à saisir en lien avec des cas spécifiques. Il faut alors diviser le total des minutes par le nombre de participantes et de participants (comme pour TARMED) et ne livrer que les données concernant les prestations fournies aux patientes et patients domiciliés dans le canton de Berne, par période d'une minute (arrondir à la minute supérieure ou inférieure). Exemple : séance de 60 minutes réunissant 11 personnes, dont 8 sont traitées en clinique de jour et 7 ont leur domicile dans le canton. Il convient d'enregistrer 7 prestations de 6 minutes chacune (5 minutes 45 secondes effectives arrondies à la minute supérieure).

⁸ En ce qui concerne le secteur ambulatoire, le canton finance par rendez-vous manqué le temps effectivement perdu jusqu'à 15 minutes au maximum. Les détails sont réglés en annexe du contrat de prestations.

⁹ Le canton finance les rendez-vous manqués correspondant à des demi-journées ou à des journées de soins effectivement planifiées. Les détails sont réglés en annexe du contrat de prestations.

5.3 Groupe professionnel

5.3.1 Prestation fournie par plusieurs personnes

Lorsque plusieurs personnes fournissent conjointement une prestation, chacune la saisit séparément en regard de son groupe professionnel. Il n'est pas possible de mentionner plus d'un groupe.

5.3.2 Personnes en formation

Les psychologues ne possédant pas de titre de spécialiste sont à enregistrer comme psychologues assistant-e-s. Les stagiaires ne saisissent aucune prestation.

5.3.3 Concordance entre groupe professionnel et prestation saisie

Seules les prestations fournies strictement par les professionnelles et professionnels concernés peuvent être saisies. L'ODS examine si les prestations ont été saisies uniquement par les personnes appartenant au groupe professionnel correct. **Les dérogations ne sont permises qu'à titre exceptionnel et doivent impérativement pouvoir être justifiées.**

Les groupes professionnels physiothérapie, ergothérapie, logopédie et conseils nutritionnels ne saisissent pas de prestations de type E, P ou V.

Le choix de la prestation à facturer s'opère en premier lieu en fonction du groupe professionnel qui la fournit, et en second lieu en fonction de la nature de l'activité.

5.3.4 Contribution à l'amélioration de la saisie des données

Lorsque plus de 2% des prestations ont été saisies par le groupe professionnel « autre », le groupe professionnel manquant doit être indiqué dans la variable **LM_V09** des données SDEP-BE-LM.

5.4 Prestations

5.4.1 Type de structure

C'est le type de tarif qui détermine la position à facturer dans le modèle des coûts normatifs : en cas de rémunération forfaitaire (cliniques de jour), le décompte des prestations liées à un cas spécifique s'effectue uniquement par le biais des positions débutant par P ; en cas de rémunération par prestation (tous les autres domaines), il s'effectue uniquement par le biais des positions commençant par E. Les dérogations ne sont permises qu'à titre exceptionnel et doivent impérativement pouvoir être justifiées.

Le tableau 3 présente les catégories de prestation par type de structure.

	Prestations E	Prestations P	Prestations N	Prestations V02-V05 (rendez-vous manqués)	Prestations V01
Cliniques de jour	0	✓	✓	✓ (V05)	0
Services ambulatoires	✓	0	✓	✓ (V02-V04)	✓
Services de proximité	✓	0	✓	✓ (V02-V04)	✓
Logement avec accompagnement / coaching à domicile	✓	0	✓	✓ (V02-V04)	0
Offre de loisir et de séjour d'accès facilité	0	0	✓	0	0
Prestations hospitalières	0	0	0	0	0

Tableau 3 : catégories de prestation admises par type de structure

5.4.2 Type de prestation 8 « traitement aigu à domicile (home treatment) »

Le type de prestation « traitement aigu à domicile (home treatment) » (LM_V05 = 8) est à utiliser exclusivement et impérativement par les institutions entrant dans le cadre de l'essai pilote portant sur les traitements psychiatriques aigus à domicile.

5.4.3 Types de prestation 13 et 14 : amélioration de la saisie des données

Il est important, pour planifier les soins, que ceux-ci soient attribués au type de prestation correct (variable 05 du jeu de données SDEP-BE-LM). Lorsque plus de 2% au total ont été saisis sous « autres prestations ambulatoires » (13) et « autres prestations des cliniques de jour » (14), le fournisseur doit indiquer de quelles prestations il s'agit.

5.5 Prestations liées à un cas spécifique

Les prestations ambulatoires et de clinique de jour fournies à des patientes ou patients sont à relever en lien avec un cas spécifique, à l'exception de la prestation P15 « Rapport », qui n'est liée à aucun cas¹⁰. Les rendez-vous manqués sont aussi à indiquer en lien avec un cas spécifique. Si ce n'est pas possible (p. ex. pour une première consultation), il faut les saisir sans lien avec un cas spécifique.

5.6 Prestations de soins régies par la LAMal

Les prestations de soins fournies en clinique de jour et qui sont régies par la LAMal ne sont plus cofinancées par le canton.

5.7 Déplacements

C'est principalement pour les prestations de proximité (types de structure 8 à 10) que des temps de déplacement peuvent être saisis. Dans des cas exceptionnels dûment justifiés, leur facturation est aussi possible pour d'autres types de structure.

5.8 Rapport en clinique de jour

Chaque spécialiste saisit sa participation au rapport, ce qui permet de recalculer périodiquement le forfait applicable à cette prestation.

6 Justification et documentation des saisies : remarques importantes pour le décompte

Les prestations fournies par les services ambulatoires et les cliniques de jour sont indemnisées par le canton pour autant que les critères spécifiques aux prestations définis dans l'annexe au contrat de prestations soient remplis. De plus, les prestations doivent être saisies correctement et conformément aux consignes du présent manuel. Au besoin, il doit être possible, dans le cadre du décompte annuel, de vérifier que les relevés ont été effectués dans les règles (voir point 6.1) et que les critères de financement – à documenter de manière appropriée, voir point 6.2 – ont été respectés.

Pour que la prestation puisse être identifiée, tous les documents justifiant sa saisie ainsi que chacun des documents adressés à l'ODS pour attester du respect des critères de financement doivent comporter le ou les numéro(s) d'identification qui lui correspond(ent) (LM_V04: «LM_ID»).

6.1 Documents justifiant l'exactitude des saisies

Une fois transmises, les prestations saisies par les fournisseurs font l'objet d'un contrôle de plausibilité (voir point 7.1). Selon les résultats de cette vérification, un examen approfondi est alors prévu (voir point 7.2.1). Si nécessaire, les fournisseurs doivent être en mesure de présenter les documents attestant que les données ont été entrées dans les règles et permettant de faire valoir la rémunération cantonale. En règle

¹⁰ Dès lors, la prestation P15 « Rapport » est à saisir de la même manière que les prestations sans lien avec un cas spécifique.

générale, il s'agit de documents justifiant la saisie des différentes prestations. Si certaines saisies présentent systématiquement des anomalies, il est possible, selon le cas, d'apporter des documents / des justificatifs concernant plusieurs prestations en même temps.

6.2 Documentation du respect des critères de financement

La documentation doit montrer que les critères de financement prévus par le contrat de prestations sont remplis. Les commentaires doivent permettre à un tiers de comprendre de quelle activité concrète il s'est agi. Les abréviations sont à éviter.

Il n'est pas en revanche pas nécessaire d'indiquer les motifs de la prestation. Les informations relatives aux patientes et aux patients (anamnèse notamment) ne sont à fournir que si elles sont en lien direct avec les critères de financement ; dans ce cas, elles doivent être aussi concises que possible.

Des informations détaillées sur la manière dont les **critères de financement** doivent être documentés figurent en annexe du contrat de prestations.

6.3 Forme

Le fournisseur de prestations **justifie la saisie correcte des prestations et du respect des critères de financement** dans un système d'information ou de documentation. Les prestations peuvent par exemple être commentées dans les systèmes électroniques suivants :

- programme de saisie des prestations,
- système d'informations cliniques (SIC),
- progiciel de gestion intégré (PGI),
- dossier du patient,
- etc.

Les informations peuvent également être indiquées sur support papier en complétant les documents existants (tels que le dossier du patient) ou en créant de nouveaux formulaires.

L'ensemble de la documentation est à remettre pour examen à l'**ODS** soit sous forme électronique, soit sur support papier, qu'il convient alors d'amener sur place. L'institution disposera de suffisamment de temps pour rassembler les informations nécessaires au respect des exigences stipulées aux points 6.1 et 6.2. Au moins un mois avant la date à laquelle les documents doivent être remis en vue de la révision, l'**ODS** lui envoie une liste des prestations (« Liste des prestations à vérifier », voir point 7.2) allant faire l'objet d'un **contrôle du respect des règles de saisie et/ou des critères de financement**. Le fournisseur peut demander à disposer de davantage de temps pour préparer les documents requis.

Le fournisseur présente **si nécessaire, pour chaque prestation**, un extrait de la documentation (capture d'écran ou copie/original de la version imprimée). L'**ODS** contrôle alors les documents remis. Ceux-ci peuvent lui être transmis par informatique avant même le début de la révision, ce qui permet de gagner en efficacité. Le jour de la révision, les questions (encore) en suspens sont discutées sur place. La documentation est ensuite conservée par l'institution pendant cinq ans au minimum.

7 Procédure d'évaluation des critères de financement et du montant de la facturation

La vérification de la facturation des prestations ambulatoires et de clinique de jour se déroule en plusieurs étapes. Dans un premier temps, les positions font l'objet d'un **contrôle complet**. Cette étape s'effectue en majeure partie de manière automatisée via la plateforme pour le relevé des données hospitalières (voir point 7.1). Ensuite, **il est vérifié que la saisie des données est correcte et que les critères de financement ont été respectés**, ce qui peut se traduire par une révision approfondie au cas par cas (voir point 7.2). Par souci de simplification, cette procédure fastidieuse tant pour le fournisseur que pour l'**ODS** peut être remplacée par un **contrôle statistique** (voir point 7.3).

Dans une telle éventualité, l'**ODS** décide alors chaque année laquelle de ces deux méthodes est appliquée à tel ou tel fournisseur. Le choix peut s'effectuer de manière ciblée, être aléatoire ou procéder d'une rotation. Les fournisseurs sont informés suffisamment à l'avance par l'**ODS** de la décision prise. En cas de

désaccord avec cette procédure simplifiée, les fournisseurs ont la possibilité de solliciter auprès de l'ODS, dans un délai imparti, une révision au cas par cas.

7.1 Contrôle de plausibilité à l'entrée des données

La plausibilité des données est désormais (en majeure partie) contrôlée via la plateforme pour le relevé des données hospitalières, qui fait la distinction entre messages concernant des erreurs à corriger impérativement et messages invitant le fournisseur à procéder à des vérifications. L'ODS se réserve le droit d'effectuer des contrôles de plausibilité et des vérifications supplémentaires.

7.1.1 Erreurs à corriger impérativement

Certaines prestations doivent être supprimées ou être impérativement corrigées par l'institution. Il s'agit au moins des suivantes :

- prestations fournies en mode résidentiel,
- prestations liées à un cas spécifique mais sans cas correspondant,
- prestations sans lien avec un cas spécifique mais correspondant à un cas,
- prestations liées à un cas spécifique (telles que rendez-vous manqués) ayant été fournies par les groupes professionnels suivants : physiothérapeute, ergothérapeute, logothérapeute et diététicienne,
- prestations combinant de manière inhabituelle le type de structure (clinique de jour ou ambulatoire) et la catégorie de prestation (E, P et V02 à V05)
- prestations liées à des durées limites

7.1.2 Erreurs à vérifier, à justifier et le cas échéant à corriger

Un message d'erreur invitant le fournisseur à vérifier, à justifier et le cas échéant à corriger les données qu'il vient d'entrer survient au moins dans les situations suivantes :

- prestations fournies à des personnes d'autres cantons
- prestations de durée inhabituelle (en tout cas celles de plus de 480 minutes)

7.2 Liste des prestations à vérifier en vue de la révision

Une liste des prestations à vérifier est transmise au fournisseur avant la révision. Elle se compose d'une part de la « liste des prestations présentant une anomalie » (voir point 7.2.1) et, de l'autre, de la « liste des prestations de l'échantillon » (voir point 7.2.2). Il appartient au fournisseur de prouver à l'ODS, selon les modalités ci-dessous, que le financement cantonal des éléments répertoriés est justifié.

Au besoin, un contrôle statistique peut être effectué en surplus à l'aide de chiffres-clés (voir point 7.3) aussi dans le cadre de cette procédure.

7.2.1 Liste des prestations présentant une anomalie

Contenu

Si, une fois effectué le contrôle de plausibilité à l'entrée des données (voir point 7.1), il reste des prestations présentant une anomalie, celles-ci sont en principe vérifiées une par une dans le cadre d'une révision approfondie. Dans ce contexte, le fournisseur doit présenter dans les délais les documents justifiant les anomalies / attestant que les saisies sont justes, documents dont il sera au besoin discuté le jour de la révision (voir point 6). L'ODS peut en outre exiger la remise de documents apportant la preuve que les critères de financement ont été remplis pour les prestations en question¹¹.

L'ODS se réserve le droit – en particulier si les prestations figurant sur la liste sont nombreuses – d'adapter la procédure de contrôle à la situation donnée. Dans un tel cas de figure, le fournisseur en est informé rapidement.

¹¹ Des informations détaillées sur la manière dont les critères de financement doivent être documentés figurent en annexe du contrat de prestations.

Conséquences sur le décompte : suppression des prestations non reconnues

Les prestations qui n'ont pas été correctement saisies ou qui ne remplissent pas les critères de financement ne sont pas financées par le canton. Il en va de même si le fournisseur ne remet pas dans les temps les documents requis.

7.2.2 Liste des prestations de l'échantillon

Contenu

L'échantillon est aléatoire. En règle générale, il comprend

- 1% de l'ensemble des prestations non comprises dans la « liste des prestations présentant une anomalie »,
- au minimum 30 prestations, au maximum 500.

L'ODS se réserve le droit d'adapter pour certaines prestations le pourcentage ci-dessus¹². Il est par exemple envisageable de mettre l'accent sur la vérification des prestations dont la durée saisie est longue sans pour autant modifier le nombre minimal et maximal des éléments de l'échantillon.

Pour chaque position sélectionnée, l'institution présente dans les délais impartis des documents dont il sera au besoin discuté le jour de la révision (voir point 6). L'ODS vérifie sur cette base si les critères de financement sont remplis pour chacune des prestations.

Conséquences sur le décompte : extrapolation du taux d'erreur

A partir des résultats tirés des différents éléments de l'échantillonnage, l'ODS calcule le taux de prestations non conformes aux critères de financement ou n'étant pas documentés dans les délais impartis (base : « somme des minutes »)^{12/13}.

Ce taux est ensuite extrapolé à l'ensemble des prestations ne présentant pas d'anomalie. Exemple : si, dans l'échantillon, la somme des minutes correspondant aux prestations non conformes est de 1%, 1% du total des minutes correspondant aux prestations fournies et non identifiées comme présentant une anomalie sera déduit.

Si le fournisseur est en désaccord avec l'extrapolation du taux d'erreur, il est possible de procéder à un nouvel échantillonnage. Un nouveau taux d'erreur est alors calculé sur la base des deux échantillons. Ce processus peut être réitéré plusieurs fois.

7.3 Procédure simplifiée

7.3.1 Contrôle de chiffres-clés

Contenu

Plutôt que d'effectuer une révision approfondie au cas par cas, l'ODS peut procéder à un contrôle statistique fondé sur diverses comparaisons de chiffres-clés. L'accent est mis sur l'évaluation de l'économicité avec laquelle les prestations bénéficiant du financement cantonal ont été fournies. Le respect des critères de financement peut par là même être examiné à un niveau agrégé.

Le contrôle de chiffres-clés peut intervenir tant sur la base de comparaisons croisées avec d'autres institutions que sur celle de comparaisons dans le temps. Diverses méthodes de comparaison peuvent ainsi être définies par l'ODS.

Conséquences sur le décompte : dépassement des valeurs de référence

Les prestations dépassant les valeurs seuils définies ne sont pas rémunérées. Si, par exemple, une prestation correspond à une valeur de référence définie de 2 heures par cas alors que pour un fournisseur,

¹² Dans le cadre de l'extrapolation du taux d'erreur, l'ODS veille à tenir compte de manière adéquate aux pourcentages des différentes prestations formant l'échantillonnage (voir rubrique « Conséquences sur le décompte »).

¹³ Le calcul du taux se fonde sur la somme des minutes raccourcies/supprimées comparée à la somme totale des minutes par numéro de position (voir annexe 1). Le résultat du contrôle de la liste des prestations présentant une anomalie n'est ici pas pris en compte.

elle est en moyenne de 2,02 heures par cas pour 1000 cas, 20 heures (= $1000 \times 0,02$ heures) sur le total de 2200 heures effectuées seront supprimées du remboursement cantonal.

7.3.2 Liste des prestations présentant une anomalie

Contenu

Au besoin, la « liste des prestations présentant des anomalies » peut également être vérifiée point par point dans le cadre de cette procédure simplifiée, documents requis à l'appui.

Conséquences sur le décompte : suppression des prestations non reconnues

Dans l'éventualité d'un contrôle de la liste des prestations présentant une anomalie dans le cadre de cette procédure simplifiée (contrôle de chiffres-clés), les conséquences sur le décompte seraient identiques à celles indiquées au point 7.2.1. Les prestations présentant une anomalie seraient exclues du contrôle de chiffres-clés.

8 Correction ultérieure du décompte : facturation l'année suivante

Le canton finance le volume des prestations ayant été fournies et saisies durant l'exercice considéré (voir aussi point 3.3 « Période ». Puisqu'une déclaration d'intégralité est remise par les fournisseurs dans le cadre de la révision, mais aussi par souci de proportionnalité, il n'y a en règle générale pas de facturation a posteriori des prestations. En d'autres termes, les éventuelles corrections / adaptations apportées l'année suivante par les institutions ne sont pas prises en compte dans le financement des prestations de soins psychiatriques fournies par les services ambulatoires et les cliniques de jour.

9 Sources

DGPPN (Hrsg.). (2013). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer.

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149-155.

Valdes-Stauber, J., Vietz, J., Kilian, R. (2015). Abgestufte ambulante psychiatrische Behandlung: Ein Vergleich von Patienten einer psychiatrischen Institutsambulanz mit Patienten niedergelassener Nervenärzte in einer ländlichen Region. *Psychiat Prax* 2015; 42(04): 191-196.

Annexe 1

Prestations financées par le canton de Berne			
Service ambulatoire : rémunération par prestation		Lc	Rém.
E01	Prestation médicale dépassant la limite TARMED	✓	✓
E02	Prestation psychologique dépassant la limite TARMED	✓	✓
E03	Prestation de spécialiste ni médecin ni psychologue dépassant la limite TARMED	✓	✓
E04	Prestation de spécialiste ni médecin ni psychologue destinée à un cas AI de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	✓	✓
E05	Déplacement du personnel non médical pour des prestations de proximité	✓	✓
E06	Prestation d'interprétariat par des tiers	✓	✓
Clinique de jour : rémunération forfaitaire		Lc	Rém.
P01	Entretien et prise en charge par l'assistante sociale ou l'assistant social	✓	✓
P02	Groupe dirigé par une assistante sociale ou un assistant social	✓	✓
P03	Entretien et prise en charge par l'éducatrice sociale ou l'éducateur social	✓	✓
P04	Groupe dirigé par une éducatrice sociale ou un éducateur social	✓	✓
P05	Conseil par les pairs (séance individuelle)	✓	✓
P06	Conseil par les pairs (en groupe)	✓	✓
P07	Art-thérapie, musicothérapie, thérapie par le mouvement (séance individuelle)	✓	✓
P08	Art-thérapie, musicothérapie, thérapie par le mouvement (en groupe)	✓	✓
P09	Prestation en l'absence de la patiente ou du patient dans les secteurs travail social, éducation sociale, conseil par les pairs, art-thérapie, musicothérapie, thérapie par le mouvement	✓	✓
P10	Prestation de soins par le personnel infirmier ou l'ASSC (séance individuelle)¹⁴	✓	✓
P11	Prestation de soins par le personnel infirmier ou l'ASSC (en groupe)¹⁴	✓	✓
P12	Prestation de prise en charge par le personnel infirmier ou l'ASSC (en groupe)	✓	✓
P13	Prestation en l'absence de la patiente ou du patient par le personnel infirmier ou l'ASSC¹⁴	✓	✓
P14	Prestation en l'absence de la patiente ou du patient par le personnel infirmier ou l'ASSC dépassant le cadre de l'art. 7 de l'OPAS	✓	✓
P15	Rapport interne (par oral)	----	✓
P16¹⁵	Transport scolaire	✓	✓
P17	Prestation d'interprétariat par des tiers	✓	✓
Prestations sans lien avec un cas spécifique		Lc	Rém.
N01	Aiguillage (sans lien avec un cas spécifique)	----	✓
N02	Préparation et suivi du traitement ambulatoire ou de clinique de jour (sans lien avec un cas spécifique)	----	✓
N03	Consultation pour personne concernée et ses proches (sans lien avec un cas spécifique)	----	✓
N04	Consultation pour spécialistes, autorités et institutions (sans lien avec un cas spécifique)	----	✓
N05	Groupe d'entraide, de proches ou d'anciens patients	----	✓
N06	Entretien spécialisé sans lien avec un cas spécifique	----	✓
N07	Coaching d'institutions et de spécialistes externes (sans lien avec un cas spécifique)	----	✓
N08	Réseautage	----	✓
N09	Relations publiques	----	✓

¹⁴ Les prestations de clinique de jour à la charge de la LAMal ne sont plus financées par le canton.

¹⁵ A partir de 2022, les prestations P16 ne seront plus financées dans le cadre du modèle des coûts normatifs en psychiatrie.

Prestations financées par le canton de Berne			
Prestations de base fixes		Lc	Rém.
V01	Service d'urgence et de piquet	----	✓
V02	Rendez-vous manqué pour prestation médicale	(✓)	✓
V03	Rendez-vous manqué pour prestation psychologique	(✓)	✓
V04	Rendez-vous manqué pour prestation de spécialiste ni médecin ni psychologique	(✓)	✓
V05	Rendez-vous manqué en clinique de jour	(✓)	✓

Prestations <u>non</u> financées par le canton de Berne		Lc ¹⁶	Rém.
T01	Prestation médicale respectant la limite TARMED	----	----
T02	Prestation psychologique respectant la limite TARMED	----	----
T03	Prestation de spécialiste ni médecin ni psychologue respectant la limite TARMED	----	----
T04	Séance de physiothérapie, ergothérapie, logopédie, conseils nutritionnels	----	----
T05	Groupe de réflexion spirituelle	----	----
T06	Prestation individuelle par la ou le médecin en clinique de jour (en présence / en l'absence de la patiente ou du patient)	----	----
T07	Groupe dirigé par une ou un médecin en clinique de jour	----	----
T08	Prestation individuelle par la ou le médecin en clinique de jour (en présence / en l'absence de la patiente ou du patient)	----	----
T09	Groupe dirigé par une ou un psychologue en clinique de jour	----	----
T10	Prestations liées à un cas spécifique ne répondant pas aux exigences de la DSSI	----	----
T11	Prestations sans lien avec un cas spécifique ne répondant pas aux exigences de la DSSI	----	----
T12	Prestations de soins par le personnel infirmier ou l'assistant-e en soins et santé communautaire (en présence / en l'absence de la patiente ou du patient, séance individuelle ou en groupe)	----	----

Prestations incluses		Lc	Rém.
Z01	Suivi des personnes en formation (continue)	----	(✓)
Z02	Perfectionnement en équipe, formations	----	(✓)
Z03	Perfectionnement externe individuel pendant le temps de travail	----	(✓)
Z04	Travail conceptuel (activité individuelle)	----	(✓)
Z05	Séance d'équipe sans lien avec un cas spécifique, travail conceptuel en équipe et développement de l'équipe	----	(✓)
Z06	Direction / gestion	----	(✓)
Z07	Assistance	----	(✓)

Légende

Lc = lien avec un cas spécifique

Rém. = prestations que le canton rémunère directement¹⁷ lorsqu'elles remplissent les critères et que les données correspondantes ont été livrées.

¹⁶ Les données concernant les prestations de type T doivent être livrées en lien avec un cas spécifique pour pouvoir recalculer les coûts normatifs.

¹⁷ Les prestations incluses sont rémunérées indirectement puisqu'elles sont comprises dans le calcul des coûts normatifs.